

後期高齢者医療制度における障害認定に関する届書

組合員記号・番号	—	組合員氏名		所属所名			
資格取得年月日	年 月 日	組合員住所					
高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の障害認定申請を行った場合、下記へご記入ください。 【後期高齢者医療制度に加入する場合（当組合の被扶養者資格は喪失となります。）】							
後期高齢者医療制度障害認定の申請を行った者の氏名	続柄	生 年 月 日	性別	後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 者 に 関 する 事 項			
				被保険者番号	保険者番号	保険者の名称	資格取得年月日
		年 月 日	男 女				年 月 日
後期高齢者医療制度障害認定の申請を行った者の住所							
高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の障害認定申請をしなかった若しくは取り下げた場合など、下記へご記入ください。 【引き続き当組合の被扶養者となる若しくは当組合の被扶養者として認定申請する場合】							
後期高齢者医療制度障害認定の申請を取り下げた者の氏名	続柄	生 年 月 日	性別	後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 者 に 関 する 事 項			
				被保険者番号	保険者番号	保険者の名称	資格喪失等年月日
		年 月 日	男 女				年 月 日
後期高齢者医療制度障害認定の申請を取り下げた者の住所							
現在の身体障害者手帳の等級など	等級		医療機関等での窓口負担限度額など		特定疾病療養受療証の有・無	有 ・ 無	
上記のとおり報告します。 和歌山県市町村職員共済組合理事長 様 年 月 日 <div style="text-align: right;">組合員氏名</div>							
上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。 年 月 日 <div style="text-align: right;">所属所長</div>							

※この届書は、後期高齢者医療制度への移行などに関して確認する為の届書です。
 ※障害認定の申請を行った場合、後期高齢者医療保険制度の「資格情報通知書」等の写しを添付してください。
 ※障害認定申請を取り下げた場合、後期高齢者医療資格喪失証明書や身体障害者手帳等の写しを添付してください。
 ※障害認定申請を取り下げた場合、「公費負担医療制度該当者・不該当者届書」の提出をお願いすることもあります。

後期高齢者医療制度における障害認定に関する届書

組合員記号・番号	9999 - 9999	組合員氏名	〇〇 〇〇	所属所名	〇〇〇〇市		
資格取得年月日	平成 XX 年 XX 月 XX 日	組合員住所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇				
高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の障害認定申請を行った場合、下記へご記入ください。 【後期高齢者医療制度に加入する場合（当組合の被扶養者資格は喪失となります。）】							
後期高齢者医療制度障害認定の申請を行った者の氏名	続柄	生 年 月 日	性別	後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 証 に 関 する 事 項			
				被保険者番号	保険者番号	保険者の名称	資格取得年月日
〇〇 〇〇	父	昭和 X 年 XX 月 XX 日	男 女	9999999	9999999	〇〇〇〇	X 年 XX 月 XX 日
後期高齢者医療制度障害認定の申請を行った者の住所	和歌山県〇〇〇〇市〇〇〇〇〇						
高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の障害認定申請をしなかった若しくは取り下げた場合など、下記へご記入ください。 【引き続き当組合の被扶養者となる若しくは当組合の被扶養者として認定申請する場合】							
後期高齢者医療制度障害認定の申請を取り下げた者の氏名	続柄	生 年 月 日	性別	後 期 高 齢 者 医 療 被 保 険 証 に 関 する 事 項			
				被保険者番号	保険者番号	保険者の名称	資格喪失等年月日
		年 月 日	男 女				年 月 日
後期高齢者医療制度障害認定の申請を取り下げた者の住所							
現在の身体障害者手帳の等級など	等級		医療機関等での窓口負担限度額など		特定疾病療養受療証の有・無	有 ・ 無	
<p>上記のとおり報告します。</p> <p style="text-align: center;">和歌山県市町村職員共済組合理事長 様</p> <p style="text-align: center;">令和 X 年 XX 月 XX 日</p> <p style="text-align: right;">組合員氏名 〇〇 〇〇</p>							
<p>上記の記載事項に誤りがないことを確認しました。</p> <p style="text-align: center;">令和 X 年 XX 月 XX 日</p> <p style="text-align: right;">所属所長 〇〇〇〇市長 □□ □□</p>							

※この届書は、後期高齢者医療制度への移行などに関して確認する為の届書です。
 ※障害認定の申請を行った場合、後期高齢者医療保険制度の「資格情報通知書」等の写しを添付してください。
 ※障害認定申請を取り下げた場合、後期高齢者医療資格喪失証明書や身体障害者手帳等の写しを添付してください。
 ※障害認定申請を取り下げた場合、「公費負担医療制度該当者・不該当者届書」の提出をお願いすることもあります。